

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

638

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

Georges MARTIN

Né à Paris, le 7 Septembre 1872

DE LA DOULEUR ABDOMINALE

DANS LA

Fièvre Typhoïde

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. ROGER, Professeur.

WURTZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

678

THESE

DE DOCTORAT ET M.D.C.C.

PAR M. VARRIN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pièce Typographique

A BOURG

638

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

880



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 Juillet 1901, à 9 heures

PAR

Georges MARTIN

Né à Paris, le 7 Septembre 1872

DE LA DOULEUR ABDOMINALE

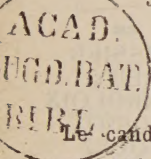
DANS LA

Fièvre Typhoïde

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. ROGER, Professeur.

WURTZ et TEISSIER, agrégés.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomic, MM. FARABEUF. — Physiologie, CH. RICHET. — Physique médicale, GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHATEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD, HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement, BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Introduction

Parmi les symptômes de la fièvre typhoïde, il n'en est peut être pas de plus fréquent et pour ainsi dire de plus banal que la douleur abdominale. Presque constante dans une fièvre typhoïde normale, elle devient un symptôme très important de certaines complications. Pour quelques-unes (perforation, cholécystite suppurée, etc.) peut se poser la question d'une intervention chirurgicale. Mais si dans certains cas cette intervention pour réussir doit être rapide, d'autre part il faut éviter toute opération inutile, car on connaît la gravité des opérations faites sur les typhiques. Le médecin devra donc, autant que possible, porter un diagnostic précoce et sûr. L'on conçoit l'importance que prend alors l'élément douleur, puisque celle-ci est souvent le premier et quelquefois le seul signe de ces complications.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de réunir dans une étude d'ensemble les différents types de douleur abdominale que l'on peut rencontrer au cours d'une fièvre typhoïde.

Après avoir étudié la douleur dans les formes normales de la maladie, nous examinerons la question à deux points de vue différents que nous pouvons résumer ainsi :

1° Au début d'une maladie aiguë, fébrile, on constate une douleur abdominale (dans la fosse iliaque droite, le plus souvent.

S'agit-il ou non d'une fièvre typhoïde ?

2° Au cours d'une fièvre typhoïde certaine, on constate une douleur abdominale, indique-t-elle une complication ? et laquelle ?



Chapitre Premier

De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde normale.

En passant en revue la littérature médicale, nous voyons que les auteurs ont tous signalé la douleur abdominale comme un symptôme fréquent dans la fièvre typhoïde. Presque tous s'appliquent à en faire ressortir la valeur diagnostique, lorsqu'elle siège à la fosse iliaque droite.

« La douleur et la sensibilité abdominales sont des symptômes communs mais non nécessaires » ainsi s'exprime Murchison. Il signale la sensibilité comme présente dans soixante-et-onze cas sur quatre-vingt-un qu'il a eu à traiter, dans cent-six cas sur cent-vingt-sept dans une statistique de Louis et dans quinze cas sur vingt, dont l'issue a été fatale, dans une statistique de Jenner.

Dans le traité de Griesinger, nous trouvons ces phrases : « La douleur spontanée n'existe généralement que dans le premier temps de la maladie ;

« souvent elle revêt uniquement la forme de coliques
« très légères, siégeant autour de l'ombilic, précédant
« les évacuations. Dans beaucoup de cas elle manque
« complètement, rarement elle est intense et conti-
« nue. Au début, les malades se plaignent plus sou-
« vent de la douleur à l'épigastre que dans la région
« iléo-cœcale ou dans tout l'abdomen. Une douleur
« de ventre violente doit être presque toujours rap-
« portée à une lésion concomitante du péritoine, à
« une congestion ou à une tension rapidement sur-
« venue à la suite d'une tuméfaction considérable
« des glandes mésentériques.

« Beaucoup plus fréquente est la sensibilité à la
« pression limitée à la région cœcale. Les malades
« plongés dans un demi-corna l'expriment encore
« par la contraction du visage. »

Dans le dictionnaire de Jaccoud, il est également
fait mention de la douleur : « Peu de typhiques se
« plaignent de douleurs diffuses dans le ventre ou de
« coliques, s'ils ne sont pas interrogés spécialement à
« ce sujet ; la douleur abdominale est cependant un
« symptôme commun dans les premiers jours de la
« maladie, mais elle est presque toujours très modé-
« rée, et n'a qu'une part secondaire dans les souffrances
» du début ; elle est à peu près sans valeur séméiotique.
« Il n'en est pas de même de la douleur circonscrite à
« la fosse iliaque droite ; spontanée dans quelques cas,
« mais plus souvent provoquée par la pression, qui

« doit toujours être modérée, elle est presque toujours
« constante et prend une signification diagnostique
« importante. La sensibilité de la région iliaque droite
« persiste pendant presque tout le cours de la maladie;
« dans l'état typhoïde même et quand le malade pa-
« raît être privé de connaissance, elle se manifeste
« souvent par un geste, une contraction du visage,
« une plainte. Elle dure quelquefois encore à une
« époque rapprochée de la convalescence ou se ré-
« veille sous l'influence d'un écart de régime ou de la
« constipation. » Puis il ajoute que de vives douleurs
doivent faire redouter une complication péritonique
ou plus rarement une altération des muscles (héma-
tomes ou abcès). Quand la douleur est localisée à la
région du colon, il en attribue la cause soit à une
accumulation de matières fécales, soit à des lésions
de cette partie de l'intestin.

La meilleure description des douleurs abdominales
nous a été donnée par Gueneau de Mussy : « Nous
« avons indiqué, dit-il, les douleurs abdominales à
« propos des troubles de sensibilité qui peuvent sur-
« venir pendant la première période de la dothiénen-
« terie. Elles varient dans leur siège et dans leur
« intensité. Rarement très violentes, elles peuvent
« manquer complètement. Tantôt elles sont bornées
« à l'hypogastre et plus fréquemment au niveau des
« régions iliaques, de la droite surtout ; tantôt elles
« se font sentir dans la région épigastrique, d'autres

« fois, mais en général un peu plus tard, dans les
« hypocondres, coïncidant parfois, à droite, avec la
« congestion du foie, à gauche avec celle de la rate :
« rarement elles se limitent à la région ombilicale.
« Elles peuvent encore envahir tout l'abdomen ou en
« occuper successivement plusieurs points.

« Le caractère de ces douleurs n'est pas moins va-
« riable que leur siège ; elles peuvent être lancinan-
« tes, contuses ou consister dans une sensation de
« chaleur incommode. Souvent les secousses de la
« toux, le besoin d'évacuer les font naître ou les
« augmentent. La sensibilité du ventre à la pression
« peut exister en dehors de toute douleur spontanée.
« Cependant on la trouve en général p'us accentuée
« au niveau des foyers douloureux ; très souvent
« observée, elle manque quelquefois, même dans les
« cas graves, et alors que les organes digestifs sont
« profondément atteints par le travail morbide. En
« général c'est pendant le premier septenaire que
« cette douleur ou cette sensibilité offrent le plus
« grand développement. Plus tard, en même temps
« que l'activité intellectuelle se trouble et s'affaisse,
« la sensibilité générale s'émousse ; les incitations
« périphériques n'atteignent plus l'encéphale ou ces-
« sent d'être perçues et les lésions les plus graves
« peuvent n'éveiller aucune sensation pénible ». Plus
loin il ajoute : « Dans la troisième période, le plus
« souvent, les douleurs sont affaiblies ou éteintes,

« cependant elles peuvent persister et présenter des
« exacerbations passagères, ou des complications
« peuvent survenir qui les réveillent ou les portent à
« un degré d'excessive violence,... Dans la période
« de résolution, les douleurs et la sensibilité abdomi-
« nale s'affaiblissent ou disparaissent, elles sont par-
« fois intermittentes. Il peut arriver que, comme
« d'autres troubles de la sensibilité, elles augmentent
« le soir ; on les voit persister dans la convalescence
« et cette persistance, quand surtout elle est accom-
« pagnée de céphalalgie et de vomissements, doit
« faire craindre une récurrence. »

Dans le dictionnaire Dechambre, M. Lemoine signale les douleurs comme un phénomène aussi constant que la diarrhée et n'attache de valeur diagnostique qu'à la douleur circonscrite à la fosse iliaque droite.

Les auteurs contemporains signalent la douleur, mais sans beaucoup s'y arrêter. « Elles sont un symptôme commun de la fièvre typhoïde. Les seules caractéristiques sont les douleurs localisées dans les fosses iliaques, la droite surtout, à l'ombilic ou dans la région hypogastrique. Le début en est souvent précoce. Quelquefois spontanées, elles apparaissent plus souvent sous l'influence d'une pression. Elles persistent pendant presque toute la durée de la maladie et dans l'état typhoïde même, alors que le malade paraît privé de connaissance,

« elles se révèlent par un geste, une contraction du
« visage ou une plainte. Elles s'atténuent avec le
« déclin de la maladie, mais peuvent reparaitre sous
« l'influence d'un écart de régime ou de la constipa-
« tion. » (Brouardel et Gibert).

M. le professeur Chantemesse dans le traité Charcot-Bouchard, écrit simplement ces lignes : « Dès
« que la diarrhée est établie, on perçoit le gargouil-
« lement dans la fosse iliaque droite et la pression de
« cette région et du creux épigastrique est un peu
« douloureuse. »

Dans une statistique portant sur cinq cents cas publiés par le Dr Mc Crae, chef de clinique du Dr Osler, dans le New-York Medical Journal 1901, nous lisons ceci : Dans deux cent six cas, soit quarante-un pour cent, on n'a trouvé la sensibilité ou la douleur à aucune période de la maladie et dans ce nombre l'auteur note la présence de circonstances, qui d'habitude s'accompagnent de douleur : de la distension abdominale marquée dans vingt-sept cas, de la diarrhée dans vingt cas, de l'accumulation de matières fécales dans un cas, un abcès du foie et neuf fois des hémorrhagies intestinales. Sur ces deux cent six cas il n'y eut que huit morts. Dans soixante-douze cas, soit quatorze pour cent, on n'a trouvé que de la sensibilité. Dans deux cent vingt-deux cas, soit quarante-quatre pour cent, la douleur existait ; cent soixante-six fois elle existait au début et soixante-une

fois, elle n'a duré que quelques jours. Cinquante-six fois elle n'est apparue que dans le cours de la maladie.



Chapitre II

De la douleur abdominale considérée comme symptôme de début de la fièvre typhoïde.

Un malade, après quelques jours de malaise vague, se plaint de céphalalgie, d'insomnie ; il est très abattu, a une température élevée 39°5, 40°, des signes d'entérite, de la diarrhée, plus ou moins abondante. La palpation réveille dans la fosse iliaque droite une douleur sourde, accompagnée ou non de gargouillement. Voilà le tableau classique d'une fièvre typhoïde au quatrième ou cinquième jour et, avec ces éléments, bien qu'il n'y ait pas encore de taches rosées, pas d'hypertrophie de la rate et que le séro-diagnostic soit encore négatif, on peut cependant formuler d'une façon presque certaine le diagnostic de cette maladie.

Mais les symptômes ne sont pas toujours aussi nets. Les prodromes peuvent être très légers ; le début semble alors brusque ; la constipation peut pendant plusieurs jours remplacer la diarrhée. Il peut y

avoir des vomissements abondants, bilieux. Alors, que, pour une cause ou pour une autre, la douleur de la fosse iliaque devienne plus vive, c'est elle qui attirera d'abord l'attention du malade et le tableau clinique se rapprochera de bien près de celui d'une appendicite. Le diagnostic entre ces deux affections est souvent hésitant. Quelquefois une appendicite a été prise pour une fièvre typhoïde ; le cas paraît assez rare ; plus souvent, c'est une fièvre typhoïde au début, qui a pris le masque de l'appendicite et l'erreur, dans certains cas, a été jusqu'à l'intervention chirurgicale.

Sans vouloir citer tous les cas qui ont été publiés, donnons-en quelques exemples.

Le Docteur Moizard rapporte l'histoire d'une fillette de douze ans qui « dix jours avant d'entrer dans son service, avait été prise et très brusquement de fièvre intense, de vomissements répétés et d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite. Pendant les premiers jours, la douleur de ventre avait été si violente, sa localisation au point de Mac Burney si nette que la possibilité d'une appendicite avait été discutée et admise pendant quelques heures. » Au moment où M. Moizard la vit à l'hôpital, la douleur était très diminuée et le diagnostic de fièvre typhoïde était certain.

« Dans un autre fait observé par moi, continue M. Moizard, je fis pendant quelques jours une erreur de

diagnostic. Il s'agissait d'un garçon de quatorze ans, qui, en pleine santé, avait été pris brusquement de vomissements, de douleurs de ventre très intenses et d'une fièvre violente. Quand je le vis, la douleur était si nettement localisée au niveau du point de M. Burney que, malgré le peu d'intensité de la défense musculaire à la palpation de la fosse iliaque droite, j'admis l'existence d'une appendicite. Au bout de quelques jours, la douleur de ventre s'accrut et je dus réformer mon premier diagnostic et reconnaître une fièvre typhoïde qui, du reste, évolua normalement.» Merklen et Jalignier, dans le traité de Chirurgie, M. le Docteur Maurange, dans la Gazette hebdomadaire, citent des cas semblables.

Comment comprendre ces cas ?

Moizard, s'appuyant sur l'évolution, la rapide disparition de ces symptômes, invoque comme cause l'état nerveux du sujet et en fait en quelque sorte du péritonisme. Certes l'état nerveux peut jouer un rôle dans ces symptômes, nous en verrons la preuve ; mais il semble que, le plus souvent, le mécanisme soit autre.

La structure spéciale de l'appendice ; le nombre considérable des follicules clos qui en fait, selon l'expression de M. Poirier, en quelque sorte une grande plaque de Peyer, doivent faire supposer que les lésions de la fièvre typhoïde peuvent évoluer aussi bien dans cette portion de l'intestin que dans l'iléon lui-

même. Nous en trouvons d'ailleurs la preuve anatomique dans les observations de la thèse de Coulomb. Dans ces cas, il y aurait donc une véritable appendicite due au bacille d'Eberth, qui ne différerait que par l'intensité et l'évolution, des appendicites si fréquentes comme complications de la fièvre typhoïde et que nous retrouverons plus tard.

Quoiqu'il en soit, examinons quels sont les moyens de diagnostic dont dispose le médecin dans un cas pareil.

Nous ne ferons que rappeler (thèse Bayet) l'importance pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, du début lent et insidieux, de la céphalalgie de l'insomnie, de la marche spéciale de la température dans les premiers jours ; le facies différent dans les deux cas, la prostration. L'hypertrophie de la rate, la présence de quelques râles de bronchite dans les poumons, l'albuminurie seront de bons signes en faveur de la fièvre typhoïde.

La douleur de la fosse iliaque, symptôme commun aux deux maladies, et que nous avons surtout en vue, présente quelques différences. Dans l'appendicite, c'est une douleur vive, débutant très brusquement.

Dans la fièvre typhoïde, une douleur sourde. survenant insidieusement.

Dans l'appendicite, on trouve à la palpation un point maximum où la douleur est exquise ; c'est le

plus souvent, mais non toujours le point de Mac-Burney.

Dans la fièvre typhoïde, c'est une douleur diffuse dans toute la fosse iliaque.

Dans l'appendicite, cette douleur s'accompagne à la palpation, d'une contraction réflexe très intense « d'une défense musculaire » qui fait en général défaut dans la fièvre typhoïde.

Mais répétons que loin d'être toujours aussi nettement différenciée que nous venons de la décrire, la douleur présentera quelquefois des caractères identiques dans les deux affections.

En cas de doute il sera toujours utile d'avoir recours à l'examen du sang. Le séro-diagnostic devra toujours être fait, mais il ne donnera que peu de renseignements, car le plus souvent il n'existe pas encore à cette période de la maladie. Plus important sera l'examen du sang frais, qui montrera : d'une part, un *réticulum fibrineux* normal dans la fièvre typhoïde, très abondant dans l'appendicite, d'autre part une leucocytose normale ou à peu près dans la fièvre typhoïde, très augmentée dans l'appendicite.

Quand la douleur sera très intense on pourra la confondre avec celle d'une *péritonite généralisée* (quelle qu'en soit la cause), péritonite par appendicite, péritonite par lésions annexielles, par perforation de l'estomac et même péritonite tuberculeuse. Mais dans ces cas là le facies péritonéal, le pouls

filiforme, l'examen du sang feront faire le diagnostic. Signalons ici le fait suivant : on peut faire le diagnostic d'une péritonite et se trouver en effet en présence d'une péritonite, mais celle-ci peut être due à une fièvre typhoïde méconnue. Nous verrons que la perforation intestinale par lésions typhoïdes peut survenir au milieu d'une santé en apparence parfaite. Il en est de même pour l'appendicite : « Si l'on voulait s'astreindre à user du séro-diagnostic dans tous les cas d'appendicite, on s'apercevrait plus souvent qu'on ne le pense, que les accidents sont survenus au cours d'un typhus levissimus méconnu. J'ai dans ma pratique un cas de ce genre absolument positif » (Guinard, *Traité de Chirurgie*). Voici ce cas,

OBSERVATION I

Une jeune fille de vingt-et-un ans est prise d'accidents péritonéaux (ventre douloureux, vomissements verdâtres, fièvre). Cette malade ayant eu des ulcérations gastriques, on pense d'abord à une complication de ce côté. Une incision médiane sus-ombilicale démontra l'absence de lésions. On fait alors une seconde incision au dessus de l'épine iliaque droite ; on trouve et on résèque l'appendice malade. Le séro-diagnostic fait à ce moment fut positif.

Les douleurs des *entérites aiguës* se distingueront des douleurs du début de la fièvre typhoïde par leur diffusion à tout l'abdomen, leur forme de coliques. D'ailleurs les symptômes généraux sont moins marqués, la fièvre est moins élevée et la maladie ne dure que trois ou quatre jours. Il est vrai que des formes plus graves, peuvent se voir, mais il n'est pas prouvé qu'il ne s'agisse pas là de fièvres typhoïdes légères.

La douleur pourrait faire penser à une crise de *colique néphrétique*, mais le caractère des douleurs et l'absence de symptômes généraux feront éviter une erreur.

Enfin en dernier lieu, il faudra se méfier de l'hystérie. Au cours de celle-ci on peut voir en effet de la fièvre et même quelques symptômes typhoïdes associés à l'ovarialgie. Mais la constatation des stigmates, la marche irrégulière de la fièvre, les caractères de l'urine (inversion des phosphates) mettront sur la voie du diagnostic. Il faut aussi penser que les deux maladies peuvent coïncider. En voici un exemple que nous devons à l'obligeance de notre ami Sabatié, interne à l'Hôpital Beaujon.

OBSERVATION II (Inédite et résumée)

La nommée Ismérie B... , âgée de vingt-trois ans, infirmière, entre à l'hôpital Beanjon dans le service de M. le Dr Troisier le 20 février 1900.

Antécédents personnels. — Elle présente depuis son enfance des symptômes hystériques. A seize ans, elle a une paraplégie spasmodique avec hémianesthésie soignée à la Salpêrière. Endormie par M. Janet, elle a à la suite, de 14 à 20 ans, des crises d'hystérie très fréquentes. De 18 à 19 ans, vomissements hystériques. Depuis l'âge de vingt-et-un ans elle est assez bien portante. Toutefois il faut dire que c'est seulement dans la suite, à l'occasion des troubles nerveux qu'elle présenta alors, qu'elle avoua ses antécédents. Au moment où nous l'examinons la première fois, elle dit n'avoir jamais été malade. Elle entre pour des douleurs abdominales très vives, ayant débuté deux jours avant son entrée; nausées, pas de vomissements, constipation opiniâtre T. 39°8. Pertes blanches abondantes.

Diagnostic porté. Vaginite. Métrite et pelvi-péritonite probable. Traitement : opium, glace sur l'abdomen et injections chaudes.

La malade attend ses règles qui sont en retard de quatre à cinq jours et apparaissent, peu abondantes, deux jours après.

Les jours suivants, amélioration rapide. Disparition de la douleur abdominale ; la malade commence à s'alimenter. La

t. est redescendue progressivement à 37°4, le 24 février. Les pertes blanches continuent.

1^{er} mars. — Depuis deux jours, la t. est remontée ; la malade est abattue. Elle se plaint d'anorexie, de céphalalgie ; elle toussé un peu ; la langue est saburrale ; constipation ; même état pendant cinq jours.

Le 6 mars. — La t. s'élève de nouveau à 39°3, la malade commence à vomir ; elle se plaint d'une douleur dans le côté droit de l'abdomen et à la palpation cette douleur se montre localisée au niveau de l'hypochondre droit ; la pression dans la fosse iliaque et la région hypogastrique n'est pas douloureuse. Les mictions sont fréquentes et douloureuses ; les urines sont claires et ne contiennent ni pus, ni albumine.

Le 7 et 8, vomissements bilieux, verdâtres, très abondants, soif vive ; douleur abdominale très violente, entraînant l'insomnie, toujours localisée ; le ventre reste souple, rien au toucher vaginal ; constipation ; langue saburrale ; râles de bronchite assez abondants. Pouls 120, régulier, fort. L'état général est grave ; les traits sont tirés, les yeux paraissent excavés. La malade présente le facies péritonéal typique.

Le 9 mars, aucune amélioration, ni dans la douleur, ni dans les vomissements, qui sont toujours abondants et conservent le même caractère. Pouls 128.

Le 10 mars, la nuit a été très mauvaise ; depuis ce matin, hoquet. La malade est passée dans le service du Docteur Berger. M. Rochard qui l'examine porte le diagnostic d'appendicite et décide l'opération immédiate.

Après incision il constate que l'appendicite et les annexes

sont sains. L'intestin grêle, surtout dans sa partie terminale est très congestionné. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés. Il pense à une fièvre typhoïde. Le séro diagnostic est fait dans l'après-midi et est positif.

Le 11, apparait dans l'après-midi, une diarrhée abondante. Les vomissements continuent.

Les jours suivants la fièvre typhoïde suit son cours régulier et ne présente comme particularité que la fréquence et l'abondance des vomissements qui apparaissent dès que la malade veut prendre un peu de lait.

La malade entre en convalescence le 4 avril.

Pendant sa convalescence, elle présente des troubles hystériques nets. Une zone hystérogène très marquée au niveau de sa cicatrice qui est le siège d'une éventration. Une contracture de deux bras avec flexion forcée des deux mains, le 19 mai, — à partir du 27 mai, une hémiplégie incomplète du côté droit avec anesthésie du même côté — à partir du 27 mai, des crises de grande hystérie avec début par phase épileptiforme (contracture d'abord puis secousses convulsives dans les bras et les jambes, gauches surtout) puis phase d'hallucination avec cris, mouvements violents, etc... Durée, une heure à peu près. Le 1^{er} juin, pour la première fois, hoquet pendant vingt minutes, puis crise.

Dans la suite elle présente du hoquet persistant, revenant deux fois par jour, arrêté par l'électrisation du phrénique pendant quelque temps, puis celle-ci étant insuffisante, par la suggestion — des vomissements ayant le caractère des vomissements hystériques.

En résumé on voit qu'il s'agissait dans ce cas d'une malade présentant des symptômes de péritonite tellement nets que l'intervention avait été jugée nécessaire. Or il n'y avait là que du péritonisme dont l'origine était une hystérie antérieure, mais latente depuis quelque temps et réveillée par une fièvre typhoïde.



Chapitre III

De la douleur abdominale dans les complications

Nous avons étudié jusqu'ici la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde non compliquée et montré qu'elle pouvait se voir à toutes les périodes de la maladie. Il n'en est pas moins vrai, qu'une douleur vive doit toujours faire soupçonner une complication.

C'est un fait bien connu que la *pneumonie franche aiguë* peut débiter par un point douloureux, siégeant non pas au côté mais dans l'abdomen et des erreurs ont été commises de ce fait, notamment avec l'appendicite. Nous trouvons des erreurs analogues pour les complications *pseudo-pulmonaires de la fièvre typhoïde*. Ainsi l'observation suivante que nous trouvons relatée par le Dr Cushing dans le *Philadelphia Medical Journal*.

OBSERVATION III

Le malade, James B. entre le 5 septembre dans le service du Dr Osler pour une fièvre typhoïde qui pendant les douze jours suivants, suit son cours régulier.

Le 17, le malade se plaint d'une douleur au creux de l'estomac.

Le 18 la température tombe à 37° après un bain, puis remonte à 41 dans l'après midi. Le malade est dans un état de torpeur, pouls à 135. Respiration 36 à 40. Respiration abdominale limitée. A ce moment le malade ne se plaint pas de douleurs abdominales. Il n'y a pas de sensibilité dans la région de la vésicule, mais l'abdomen est distendu au-dessous de l'ombilic. Les parois abdominales, surtout dans les parties latérales, sont rigides et la palpation profonde dans la fosse iliaque droite fait naître la résistance et la défense musculaire. Aucun signe thoracique.

Le 19, après anesthésie locale à cocaïne, une incision exploratrice est faite le long du muscle grand droit du côté droit de l'abdomen. L'intestin, la vésicule, les veines iliaques les glandes mésentériques sont trouvés intacts. On referme l'abdomen.

Les vomissements, le hoquet et les symptômes locaux persistent pendant deux jours et ne diminuent que le quatrième jour après l'opération. A ce moment le Dr Fletcher pense à la possibilité d'une pneumonie centrale avec pleurésie diaphragmatique. Le cinquième jour, les signes thora-

ciques deviennent plus apparents, la cyanose augmente, le malade tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie le Dr Marshall trouve avec les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde une pneumonie double et une pleurésie. Les cultures de la cavité périntotéale restèrent stériles

OBSERVATION IV

M. le Dr Chauffard cite dans sa thèse l'observation d'une femme âgée de vingt-sept ans, entrée le 4 mai 1881 dans le service de M. le professeur Jaccoud pour une fièvre typhoïde qui évolue normalement jusqu'au 25 mai, moment où la malade entre en convalescence.

Le 8 juin, au cinquante-neuvième jour depuis le début accidents soudains et intenses. Douleur très vive, spontanée et provoquée, occupant l'épigastre et l'hypochondre droit. Nausées continuelles; vomissements bilieux, porracés; pas de météorisme abdominal. Algidité; collapsus. Température périphérique oscillant entre 36° et 37°. Pouls filiforme, pâleur livide de la face et cyanose des lèvres. Ces symptômes qui avaient fait penser à une perforation intestinale, vont en s'aggravant jusqu'au 18, jour de la mort.

A l'autopsie pas de traces de péritonite. Le poumon droit est recouvert d'une fausse membrane fibrineuse et contient dans son lobe inférieur plusieurs infarctus. Dans la plèvre droite, épanchement de quatre litres environ d'un liquide géro-sanguinolent.

Le Dr Mac Cræ cite trois cas analogues, deux avec pleurésie, un avec pneumonie.

Cette douleur s'explique par les rapports intimes qui unissent l'innervation de la plèvre et celle du péritoine diaphragmatique. Un signe qui mettra sur la voie du diagnostic sera la douleur constatée sur le trajet du nerf phrénique aux points caractéristiques.

Ces observations montrent qu'il sera toujours nécessaire de pratiquer un examen approfondi des organes thoraciques, même quand rien ne semble attirer l'attention de ce côté.

2° Les complications abdominales proprement dites peuvent être divisées en deux groupes : α) celles qui siègent dans les organes du tube digestif et qui sont consécutives aux lésions locales de la fièvre typhoïde ; β) celles qui occupent les autres organes abdominaux et qui relèvent de l'infection générale. Ces dernières présentent moins d'importance.

Tout d'abord la douleur abdominale peut avoir pour point de départ la paroi elle-même. Tantôt elle est due à une simple hyperesthésie, tantôt à des lésions musculaires.

L'hyperesthésie cutanée est fréquente. « Je l'ai trouvée dans 50/0 des cas, dit Murchison, elle est plus fréquente chez les enfants et chez les femmes. Elle peut survenir dans le commencement de la première semaine ou au début de la convalescence. On la remarque surtout à l'abdomen et aux extrémités infé-

rieures. Le moindre attouchement fait pousser des cris aux malades. Cette sensibilité cutanée ne doit pas être confondue avec celle de la péritonite.

L'hypéresthésie peut aussi siéger dans les *muscles*. « Je suis convaincu, dit G. de Mussy, qu'il faut souvent lui rapporter les douleurs que développe la pression exercée sur le ventre et qu'on attribue ordinairement aux lésions des intestins. »

Lorsque les *muscles droits* de l'abdomen sont le siège de lésions telles qu'*épanchements sanguins*, *ruptures* ou *abcès*, nous pouvons trouver de la douleur à l'endroit exact de la lésion. Il n'en est cependant pas toujours ainsi et il arrive souvent que le travail de dégénérescence se fasse d'une manière latente. Quand la douleur existe, elle est rarement très violente, elle est plutôt sourde et reste localisée. De plus l'apparition sur la paroi abdominale d'une tumeur lisse, molle, fluctuante, parfois de teinte ecchymotique fera toujours penser à une complication du côté des muscles. Il est des cas où l'hématome siégeant sur la ligne médiane, un peu au-dessus du pubis, a pu être pris pour la vessie distendue. Le cathétérisme joint à un examen sérieux de la tumeur lèvera tous les doutes.

Citons, sans y insister, les douleurs dues à la *réten-tion d'urine*, qui se reconnaîtra facilement par la saillie de l'épigastre, la rénitence et la sensibilité à la pression de la région sus-pubienne, la présence

d'une tumeur ovoïde, mate, élastique remontant quelquefois jusqu'à l'ombilic. Les douleurs disparaîtront d'ailleurs rapidement, après évacuation de la vessie.

Dans les cas où la muqueuse de la *vessie* est profondément intéressée par le processus infectieux, *dans les cas de gangrène*, on pourra voir survenir des douleurs parfois spontanées mais généralement accompagnant la miction. La localisation de ces douleurs, leurs caractères, joints parfois à la dysurie ou à l'hématurie feront faire le diagnostic de cette complication.

Lorsque *les règles* persisteront dans le cours d'une fièvre typhoïde, ce qui est en général l'exception, il peut arriver qu'elles présentent un caractère douloureux. L'écoulement de sang dissipera les doutes que l'on pourrait avoir.

Il faudra néanmoins se méfier de ces douleurs jointes à une hémorrhagie, car souvent elles pourront être le début d'un *avortement*. Deux cas peuvent se présenter : ou bien la grossesse au début est ignorée et alors le diagnostic entre les règles douloureuses et l'avortement sera des plus difficiles. Néanmoins l'intensité plus accusée des douleurs, leur caractère d'intermittence, les signes que pourront fournir le toucher permettront de reconnaître un début d'avortement. Ou bien la grossesse est évidente, l'utérus remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus du pu-

bis. Ici le diagnostic sera plus aisé. Les douleurs abdominales seront d'abord légères, intermittentes. Puis elles augmenteront d'intensité et deviendront continues. De plus le palper permettra de reconnaître les contractions utérines qui, dans certains cas, seront même appréciables à la vue. On complètera l'examen par un toucher intra-vaginal. Une observation empruntée à la thèse de Penot montre quelle est la marche du travail.

OBSERVATION V

Une femme, âgée de vingt-cinq ans, est prise d'une fièvre typhoïde à forme adynamique. Traitement par les bains froids pendant sept jours. Vers le deuxième jour du traitement la malade commença à se plaindre de douleurs vives et intermittentes siégeant dans le fond de la matrice et dues à la contraction de cet organe, ce qui dès cette époque faisait prévoir un accouchement prématuré. En effet, ces douleurs augmentèrent de plus en plus pour cesser après l'accouchement.

Cette femme était enceinte depuis la fin de décembre 1885; ses dernières règles eurent lieu du 12 au 16 du même mois. L'accouchement s'effectue donc vers la fin du huitième mois et tout à fait normalement. L'enfant naquit bien portant, fut mis en nourrice et jouit toujours d'une bonne santé.

Ce qui attiré notre attention dans cette observation, c'est la précocité des douleurs. Dès le second jour du traitement elles surviennent, c'est-à-dire cinq jours avant l'accouchement.

Gusterow signale comme fréquent un frisson suivi de fièvre dans les cas d'avortement. « Souvent, dit-il, l'expulsion du fœtus est précédée d'un frisson intense, symptôme absolument rare dans la fièvre typhoïde. Voici ce que j'ai observé chez une femme enceinte que j'ai soignée. La température était à 38°6 au vingt-sixième jour quand survint un frisson très fort suivi d'élévation de la température à 39°8. Après l'expulsion rapide de l'enfant, la température atteignait 40°4. » Si ce symptôme survenait dans un cas où la grossesse n'avait pas été soupçonnée, il pourrait, avec le caractère des douleurs, éclairer le diagnostic. Je dois dire cependant que Mauger signale dans sa thèse un cas d'avortement accompagné d'hypothermie.

Il est rare que l'*orchite* détermine une douleur dans l'abdomen, néanmoins la curieuse observation suivante signalée dans la thèse de Cholet nous montre que le cas peut se présenter.

OBSERVATION VI

Un jeune officier est atteint à Dublin d'une fièvre typhoïde

très intense. Vingt jours après le commencement de la convalescence, alors qu'il était constipé depuis trente-six heures, il ressent tout-à-coup une douleur intense dans la fosse iliaque droite.

L'examen révèle une grande sensibilité dans une portion considérable de l'abdomen et la présence d'une orchite du testicule droit avec fièvre intense et élévation notable de la température. Le malade guérit très vite, il est à remarquer que le scrotum ne fut pas enflammé, que l'épididyme ne fut pas atteint, que le cordon droit fut seulement douloureux à la pression.

Si une douleur vive survient brusquement dans la fosse iliaque au cours d'une fièvre typhoïde, on devra avoir en vue la possibilité d'une *thrombose de la veine iliaque*. Quoique le fait soit rare, nous le trouvons cependant quatre fois signalé dans la statistique de Mac Crae. Dans deux cas la douleur survint brusquement et fut très violente. Il existait des symptômes abdominaux, de la leucocytose et dans un cas des vomissements. Ces phénomènes étaient si intenses que dans ces deux cas, la laparatomie exploratrice fut faite, pensant que l'on avait affaire à une péritonite et dans les deux cas l'on ne trouva qu'une thrombose de veines iliaques internes. Dans la troisième observation la douleur survint brusquement à la suite d'un lavement. Il existait une sensibilité marquée, du hoquet et de la leucocytose. Bien qu'à la

palpation l'on ne sentit rien, la présence d'une douleur dans la région fémorale gauche fit penser à une phlébite. Dans le quatrième cas, avec à peu près les mêmes symptômes, il existait une douleur dans la jambe. Une autopsie dans un des cas démontra la présence d'une thrombose de la veine iliaque gauche et un œdème de la jambe survenant quelques jours plus tard, confirma le diagnostic dans les autres cas. L'observation suivante du Docteur Cushing, dans le Philadelphia Medical Journal se rapporte à un cas semblable,

OBSERVATION VII

Au treizième jour d'une fièvre typhoïde, la malade se trouve dans un état de collapsus. La paroi abdominale est tendue. La pression à l'épigastre est douloureuse. La raideur musculaire augmente aux extrémités, au cou, ainsi qu'à l'abdomen. La malade offre de la résistance à tous les mouvements passifs. Les jambes sont repliées. Violent frisson. On pense à une méningite typhoïde. Leucocytose 8330. Séro diagnostic positif. On hésite à faire la laparatomie exploratrice.

Le 14 août, le Docteur Parfitt note à 9 heures du matin une sensibilité à la palpation abdominale. A midi, la malade est agitée, elle crie et semble souffrir, sans toutefois indiquer l'endroit où elle souffre. La leucocytose a monté à

24,850. La malade retombe dans le collapsus pendant l'après-midi. A cinq heures vomissements qui surviennent brusquement au dire de la surveillante. . . . Aucun changement dans la température, ni dans le pòuls, ni dans les symptômes abdominaux. Examinée par le Docteur Finney pour la première fois une laparatomie exploratrice est décidée.

Anesthésie locale, Ouverture de l'abdomen ; on ne trouve rien. Aucun changement dans l'état de la malade jusqu'à dix heures, puis brusquement dyspnée et mort.

A l'autopsie on trouve une thrombose de la veine iliaque gauche, avec une embolie obturant les deux artères pulmonaires.

On voit quelle est la difficulté du diagnostic dans ces cas. Les symptômes sont les mêmes que dans la perforation intestinale. Un examen approfondi des vaisseaux au-dessus du ligament de Poupert, un œdème de la jambe pourront peut être faire éviter une erreur.

Il peut arriver que dans le cours d'une fièvre typhoïde le malade soit pris brusquement d'une douleur violente dans l'abdomen. La paroi abdominale est tendue, la sensibilité à la pression est exagérée. Le malade pousse des cris aigus. On croit avoir affaire à une perforation. On s'apprête à opérer, lorsque brusquement tout rentre dans l'ordre. Mais si l'on a examiné le malade attentivement on a pu déceler chez lui certains stigmates de l'hystérie.

On sait en effet (Thèse de Guinon) le rôle des maladies infectieuses en général et de la fièvre typhoïde en particulier sur la production de l'hystérie. Mac Crae dans sa statistique signale quatre cas semblables et nous pouvons rappeler ici l'observation citée plus haut.

3° Nous arrivons maintenant aux complications qui siègent sur le tube digestif lui-même.

Les troubles gastriques ont été magistralement étudiés par M. le Dr Chauffard. Le principal symptôme en est, avec les vomissements, la douleur épigastrique. Cette douleur est très fréquente. Louis dit l'avoir vue seize fois sur vingt-deux cas où il l'a recherchée. M. Chauffard la note comme existant environ une fois sur deux. Limitée à la région gastrique elle peut être spontanée ou provoquée par l'ingestion des boissons, par les mouvements ; le plus souvent elle ne se découvre qu'à la palpation. D'intensité variable, elle est toujours sourde, profonde. « Dans bien des cas, dit M. Chauffard, l'épigastralgie reste isolée et constitue le seul phénomène douloureux que puisse révéler l'exploration de l'abdomen ; d'autres fois, elle s'associe à la douleur de la fosse iliaque droite ou du flanc gauche ou des deux simultanément. Enfin ces trois zones douloureuses peuvent s'étendre, se rejoindre et se confondre en une sensibilité diffuse, mais toujours plus vive dans ces trois centres d'origine ». Au point de vue de la date c'est

surtout un symptôme de début qui disparaît après quelques jours ; quelquefois cependant elle dure tout le temps de la maladie, la fièvre typhoïde pouvant déterminer dans l'estomac des lésions identiques aux lésions intestinales. A côté de cette douleur du début mentionnons la douleur épigastrique, que l'on observe parfois dans la convalescence et qui s'accompagne de vomissements et d'une véritable intolérance gastrique au moment où l'on reprend l'alimentation.

Quand la *diarrhée* est intense, elle peut donner lieu à de vives douleurs qui prennent la forme de coliques, qui surviennent surtout avant les selles et disparaissent après elles. Ce caractère, lié à la généralisation à tout l'abdomen, permet d'éliminer une complication plus grave. Dans un cas du Dr Mc Crae, il existait, avec une diarrhée abondante, une douleur généralisée à tout l'abdomen avec rigidité musculaire, la douleur dura deux jours et disparut avec l'amélioration de l'état des intestins.

Inversement la *constipation et l'accumulation des matières fécales* peuvent se traduire par des douleurs plus ou moins vives. Chomel, cité par G. de Mussy, signale le cas d'une malade qui arrivé au quarante-quatrième jour d'une fièvre typhoïde, fut prise brusquement de douleurs abdominales d'une violence extrême accompagnées de vomissements et d'altération des traits. Elles diminuèrent au bout de quelques heures et les vomissements cessèrent complè-

tement. Trois jours après, la douleur, qui n'avait jamais cessé, reprit une acuité extrême, mais cette fois sans vomissements et on sentit au-dessous des fausses côtes droites une tumeur peu volumineuse, un peu mobile, dont on ne put faire un examen approfondi à cause de l'excessive sensibilité qui existait dans cette région ; un bain tiède fit disparaître douleur et tumeur. « Je me demande, ajoute G. de Mussy, si celle-ci n'était pas formée par une de ces scybales qui séjournent parfois dans les anfractuosités de l'intestin et qui dans un mouvement d'expulsion, arrivant à une partie qui avait été récemment lésée ou qui n'était pas encore guérie, y avait provoqué ces vives douleurs, qui ont dû cesser avec son déplacement.

Les écarts de régime et surtout l'ingestion trop précoce d'aliments solides peuvent être également être la cause de vives douleurs, et il faudra surveiller attentivement le malade, car on a vu des cas de perforation survenir dans des conditions semblables. Nous en trouvons deux exemples dans la thèse de Mauger.

Dans *l'hémorrhagie intestinale* la douleur n'est pas un symptôme commun.

Sur 36 cas observés par le Dr Mac-Crae, dans 22 cas il n'y avait aucune douleur, quatorze fois la douleur existait et deux fois dans ces quatorze fois l'hémorrhagie coïncidait avec une perforation.

C'est surtout dans la *perforation intestinale*, que la

douleur prend une importance très grande. Elle peut cependant être absente. Le diagnostic se alors fait par les autres symptômes qui manquent eux-mêmes quelquefois dans les cas très rares de perforations dites latentes. « Dans un quart de nos cas dit Murchison, il n'y avait ni douleur, ni frisson et les indices principaux de la perforation, consistaient dans l'augmentation subite de la prostration, l'élévation du pouls et de la température, la constipation et la distension de l'abdomen. » La plupart des auteurs indiquent la douleur comme plus fréquente. Dans la statistique de Mac-Crae nous trouvons sur cinq cents cas, treize perforations, et dans toutes la douleur est signalée. Pour Barbe elle ne manque presque jamais. Les nombreuses observations consignées dans la thèse de Mauger font toutes mention de ce symptôme. Son absence ne se voit guère que dans les cas très graves, à forme adynamique où le malade ne peut rendre compte de ses sensations. Mais, même alors, la palpation révèle une sensibilité caractéristique.

Le mode de début de la douleur est très important. Dans la grande majorité des cas la douleur est très brusque, et elle survient soit sans cause appréciable, soit après un mouvement, l'ingestion de boissons ou l'administration d'un lavement. « Le malade fut pris brusquement d'une vive douleur dans le flanc droit » (observation Peyrot); « le malade ressentit soudainement une douleur dans le flanc droit » (obs. de

Saquepée) ; « subitement le malade ressent des douleurs très vives dans la fosse iliaque droite » (observation de Souligoux).

Ce début solennel est surtout caractéristique dans les formes très légères de la maladie. Dans certains cas même la fièvre typhoïde avait pu passer inaperçue et c'est au milieu d'une santé en apparence bonne que l'on a vu éclater la douleur indiquant la perforation.

D'autres fois la douleur existe depuis plus ou moins longtemps déjà et ce n'est que par son augmentation ou l'apparition d'autres symptômes que l'on reconnaît la complication « Chez trois malades, dit Mac-Crae, la douleur existait depuis cinq, neuf ou dix jours avant la perforation, tous avaient des symptômes abdominaux, de la sensibilité, de la défense musculaire. Chez l'un d'eux une augmentation brusque et intense de la douleur, fit penser à la perforation : chez le second, l'apparition de vomissements, mit sur la voie de péritonite généralisée ; chez le troisième la perforation ne fut pas diagnostiquée. » L'auteur se demande quelle est la cause de cette douleur survenant avant la perforation ; il avait pensé, au début à une péritonite circonscrite, mais l'opération faite à temps, n'a pas confirmé ses vues. Cette supposition de l'auteur nous la trouvons réalisée, dans une observation de Celos communiquée à la société anatomique.

OBSERVATION VIII

Un malade, âgé de dix-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu, pour une fièvre typhoïde datant de sept à huit jour. A partir du 1^{er} mai il présente des signes de péritonite, mais ce n'est que le 12 qu'apparurent les signes de perforation. A l'opération l'on trouve de la péritonite généralisée, mais pas de perforation. Le malade succombe dans l'après midi. Autopsie : on trouve dans le foie un clapier purulent, communiquant avec le colon par deux perforations. C'est ce clapier purulent qui avait donné lieu à la péritonite généralisée, qui emporte le malade.

Le siège où débute cette douleur indique généralement le point où se fait la perforation. Quelquefois c'est dans la région hypogastrique, dans le flanc gauche, autour de l'ombilic ; le plus souvent c'est du côté de la fosse iliaque droite. Sur les treize malades de Mac Crae, trois ont rapporté la douleur du début au pénis. L'observation de Haegler-Passavant signale l'apparition de la douleur au niveau d'une grosse hernie abdominale qui fut le siège de la perforation. D'ailleurs la douleur ne reste pas localisée à son point d'origine ; très rapidement elle envahit tout l'abdomen.

Son intensité est variable ; le plus souvent elle est très intense. « Chez ces quatre malades la violence de la douleur fut telle qu'elle leur arrachait des cris » (Mac Crae). « Elle éprouvait, dit Potain, une douleur telle que la simple pression de la main lui arrachait des cris ». La douleur était si vive, que pendant une minute environ, le malade perdit connaissance et devint blême ». (Chantemesse cité par Mauger).

Il est d'autres cas où la douleur est moins intense. Dans l'observation de Bacaloglu, le malade accuse une légère douleur dans le ventre, qui n'est pas météorisé, mais légèrement sensible sur le trajet des muscles droits.

A côté de la douleur provoquée par la palpation, il y a la douleur spontanée qui se montre souvent sous une forme paraxystique, due aux mouvements peristaltiques de l'intestin. Le médecin devra toujours se tenir en garde contre les atténuations passagères de la douleur.

Ces douleurs si spéciales dans leur allure, survenant du quinzième au trentième jour de la maladie, doivent faire porter presque sûrement le diagnostic de perforation. D'ailleurs, apparaissent presque aussitôt d'autres signes caractéristiques ; le météorisme exagéré, le pouls filiforme, le facies grippé péritonéale et la chute de la température, qui cependant est bien loin d'être constante, car on observe assez souvent l'hyperthermie. L'examen du sang montre que

la formule de la fièvre typhoïde normale est remplacée par la formule de la fièvre typhoïde compliquée, c'est-à-dire par l'augmentation plus ou moins abondante des globules blancs.

Cependant le même tableau clinique peut se retrouver sans perforation dans les cas de *péritonites dites par propagation*. Admises par presque tous les auteurs, M. le professeur Dieulafoy conteste leur réalité et attribue ces accidents à l'appendicite.

« J'ai observé, dit G. de Mussy, une malade qui fut prise du seizième au dix-huitième jour de la maladie, d'une douleur si violente dans le côté droit du ventre qu'on pût craindre une péritonite. Il ne serait pas impossible en effet que ces violentes douleurs fussent imputables à des péritonites adhésives, circonscrites, correspondant à des ulcérations profondes. Je serai porté à expliquer de la même manière les douleurs qui se font sentir dans un côté du ventre lorsque le malade se tourne du côté opposé. Dans les cas de ce genre, on peut se demander si elles n'auraient pas pour cause une inflammation adhésive, développée dans une portion limitée du péritoine, au niveau du point douloureux ». Mac Crae cite le cas d'un malade chez qui, après des douleurs ayant duré plusieurs jours, survinrent subitement une augmentation de la douleur, des spasmes musculaires et de la leucocytose qui firent penser à une perforation. Le Dr Mitchell fit, après anesthésie locale à la cocaïne

une laparotomie. Juste au même endroit où la douleur était le plus marquée, il trouva une plaque de Peyer tuméfiée et la séreuse rouge et granuleuse. Les yeux du malade étant couverts, on tira hors de l'abdomen cette portion de l'intestin ; quand on saisissait l'intestin à pleine main, le patient n'accusait aucune douleur, mais lorsqu'un léger attouchement était pratiqué sur la surface malade, le patient poussait un cri et disait ressentir la même douleur qu'auparavant lorsque, l'abdomen n'étant pas ouvert, on pressait à l'endroit correspondant. Dans l'observation suivante que nous trouvons dans la thèse de Laporte, la marche de la douleur est bien mise en relief.

OBSERVATION IX

A 40 ans, est soigné à partir du 27 octobre à l'hôpital, pour une fièvre typhoïde à marche régulière.

Le 15 novembre, il ressentit tout à coup dans la fosse iliaque droite, une douleur extrêmement vive, s'étendant rapidement à tout l'abdomen. Frissons. Vomissements verdâtres. Ventre ballonné. Pouls petit, fréquent.

En cinq jours, les symptômes s'atténuent et le malade guérit.

Dans la même thèse nous trouvons l'observation suivante de Laveran.

OBSERVATION X

M. . . , 22 ans, soldat, entre au Val de Grâce le 25 octobre malade depuis 7 jours, il présente à son entrée, des vomissements bilieux. Température 39°. Extrémités cyanosées. Le pouls petit filiforme. Ventre peu tendu, douloureux à la palpation. Je diagnostique une péritonite, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine, cinq cents grammes de pus ; les anses intestinales reliées par des fausses membranes. Le tube digestif ouvert dans toute sa longueur ne présentait aucune perforation.

On voit que dans ces cas, les symptômes étaient identiques à ceux de la perforation. Le diagnostic de ces péritonites par propagation ne pourra le plus souvent pas être fait ; d'ailleurs cela est peu important, car si elles se généralisent à tout le péritoine, leur traitement doit être le même que celui des péritonites par perforation.

Nous avons signalé les *symptômes appendiculaires* que l'on pouvait rencontrer au début de la fièvre typhoïde et rattacher ces symptômes à la localisation

du bacille d'Eberth dans l'appendice. Ces lésions vont subir la même évolution que les lésions des plaques de Peyer et pourront par l'ulcération d'abord, quelquefois par la perforation donner lieu à des symptômes d'appendicite.

Dans le cas de perforation les symptômes seront évidemment les mêmes que pour les perforations intestinales, seul le début de la douleur exactement au point de Mac-Barney pourra faire supposer que le siège de la perforation est sur l'appendice.

Les observations de Murchison, d'Alexandroff de M. Letulle (in thèse Barbe), de Zuber (in thèse Mauger) ont trait à des cas semblables.

Enfin il est une autre variété d'appendicite bien différente de celle que nous venons d'étudier et qui a été magistralement décrite par M. le professeur Dieulafoy.

C'est l'*appendicite para-typhoïde* qui n'est plus qu'une conséquence indirecte de la fièvre typhoïde et non plus de ses lésions propres, Dans cette forme c'est le plus souvent en pleine convalescence qu'éclate tout à coup une douleur brusque au point de Mac-Barney, accompagnée de vomissements et d'*élévation de la température*. La palpation dans la fosse iliaque droite réveille la défense musculaire. Quelques jours après on constate à ce niveau l'empâtement caractéristique de la péritonite circonscrite. L'évolution est celle des appendicites primitives.

En présence de douleurs localisées à l'hypochondre droit, il faudra penser à la possibilité de *complications hépatiques*.

Tout d'abord la *congestion simple du foie* : en voici une observation de Leudet :

OBSERVATION XI

Le quatorzième jour d'une fièvre typhoïde, sans aucun malaise, la malade accuse une douleur dans l'hypochondre droit. Le lobe droit du foie très reconnaissable à la palpation et à la percussion, dépasse le rebord des fausses côtes au niveau de la ligne verticale abaissée du mamelon, de quatre travers de doigt ; le lobe gauche ne déborde que de deux travers de doigt à l'épigastre. Douleur spontanée, augmentée beaucoup par la pression. La rate assez volumineuse, comme le constate la percussion, ne déborde pas les côtes. Aucun ictère.

Le 15. — Pouls, 64. T. 36°8. Même état du foie.

Le 16. — Pouls, 62. T. 37°2. Etat général assez bon. Volume du foie un peu diminué. Aucune saillie de la rate. Deux selles liquides. . . .

Du 17 oct. au 7 nov. — L'état général demeure bon. Le foie diminue graduellement de volume.

Le 7 nov. au matin, le foie se sent à peine sous les fausses côtes. Au contraire, la rate est sentie manifestement à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Du 8 au 11 nov. — Le malaise va en décroissant. Aucune trace d'intermittence. Le foie n'augmente pas de volume. La rate au contraire semble s'hypertrophier de plus en plus.

Le 11 nov. — Elle dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le 13 nov. — La rate a diminué notablement de volume.

Le 14 nov. — Le malade, à peine en convalescence, quitte l'hôpital. Le foie n'était nullement douloureux ; la rate dépassait le rebord des fausses côtes.

Dans les cas d'abcès du foie la douleur sera plus vive. Cependant elle présente quelques variétés. Nous avons déjà cité le cas de Mac-Cræ où la douleur faisait défaut ; dans l'observation suivante de Remlinger, elle fut à peine marquée.

OBSERVATION XII

Au quatrième septenaire d'une fièvre typhoïde, la malade accuse pour la première fois un point de côté hépatique, peu intense, non irradié à l'épaule : le lendemain ce point de côté a disparu et il ne lui est accordé que peu d'attention. Cependant dans les premiers jours de janvier, il apparaît à nouveau et s'accompagne d'un peu de dyspnée. On constate alors un peu de voussure à la région hépatique. Le foie hyperthophié dépasse les fausses côtes de quatre travers de

doigt. La partie du foie qui débordé est douloureuse à la pression. La palpation et l'auscultation ne donnent aucune sensation spéciale. Il n'y a ni fluctuation, ni résistance profonde. Pas de crépitation parcheminée. La douleur ne s'irradie pas à l'épaule droite. Il n'y a pas d'œdème de la paroi thoracique.

Il se développe une pleurésie purulente du même côté. Empyème. Evacuation de deux litres de pus. L'opération terminée on constata que le foie restait abaissé et, comme ce fait pouvait être réalisé par des adhérences, il ne retint que peu l'attention.

Aucun soulagement. Dyspnée croissante. Mort le surlendemain. Autopsie. Le lobe droit du foie contenait un abcès énorme, de la dimension d'une tête de fœtus.

On sait que le bacille d'Eberth envahit facilement la *vésicule biliaire*. C'est un fait bien démontré aujourd'hui que la fièvre typhoïde est une cause fréquente de lithiase. Dans la majorité des cas l'infection a été minime et ne se traduit par aucun symptôme pendant la maladie. Dans d'autre cas l'infection est plus intense et l'on assiste à la production d'une *cholecystite suppurée*. Quand le tableau clinique est complet, l'on trouve généralement une douleur dans la région de la vésicule, puis il se forme une tumeur piriforme, très douloureuse à la pression, mate à la percussion et dans laquelle on sent plus ou moins difficilement la fluctuation.

« Dans l'inflammation de la vésicule, dit Max Robson, il y a presque invariablement un endroit sensible, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, exactement à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur d'une ligne unissant la neuvième côte à l'ombilic.

Dans l'observation de Parmentier et Fossard, nous voyons que la douleur abdominale a été précédée d'une douleur violente à l'épaule droite s'irradiant vers le thorax. Cette douleur a disparu en deux jours « le ventre, disent-ils, est un peu sensible au palper, surtout à droite, sans être ballonné ». Donc au début pas de localisation bien précise. Ce n'est que deux jours plus tard que le malade accuse un point douloureux au niveau de l'angle formé par le rebord costal et le bord externe du muscle droit. Deux jours après on provoque bien la douleur au niveau de la vésicule, mais elle est plus diffuse. Son maximum répond au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque supérieure. En trois jours la douleur se généralise à l'abdomen, présentant toujours un maximum à droite. On fait une laparotomie sous-ombilicale. On ne trouve ni perforation intestinale, ni lésion de l'appendice. Se rappelant que la douleur primitive siègeait au niveau de la vésicule, on fait une seconde incision à ce niveau et il s'échappe un flot de mucus à l'ouverture de la vésicule.

C'est en général vers le troisième septenaire, quel-

quefois dans la convalescence que l'on voit survenir cette complication. Le cas cité par Morris est unique.

OBSERVATION XIII

« Je fus appelé pour examiner Mac J.-L. B..., âgé de 26 ans qui avait été pris brusquement, quarante-huit heures auparavant, d'une douleur aiguë au-dessous du rebord inférieur costal droit. Cette douleur s'étendit rapidement à tout l'abdomen comme dans le cas de péritonite généralisée avec une température de 102°, mais sans aucun frisson.... A l'examen on sentait nettement une tumeur à l'emplacement de la vésicule biliaire et la péritonite semblait surtout localisée à ce point..... On opère. La vésicule était distendue par un mélange de mucus et de pus.

Ensuite survinrent les symptômes d'une fièvre typhoïde normale qui évolua en quatre semaines et se termina par la guérison.

Certains cas de cholecystite peuvent rester absolument latents et n'être reconnus qu'à l'autopsie. Plus souvent cette complication se présentera sous la forme péritonique, sans que rien puisse mettre sur la voie de la cause de cette péritonite. Par exemple ce malade de M. Laveran qui est pris, le dix-huitième

jour d'une fièvre typhoïde, d'une douleur très vive au niveau de l'hypochondre droit avec irradiation vers l'ombilic. En même temps la face se grippe, le pouls devient très petit et fréquent, les extrémités se refroidissent, vomissements. « La rapidité de l'apparition de ces symptômes rend très vraisemblable le diagnostic de péritonite par perforation » le malade succomba le lendemain. A l'autopsie on trouve la vésicule biliaire remplie de pus ; de la péritonite localisée sans perforation.

Une douleur localisée dans l'hypochondre gauche, dans le cours d'une fièvre typhoïde nous fera penser à une complication splénique.

L'hypertrophie de la rate apparaît vers la deuxième ou troisième semaine de la maladie, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves. Nous avons vu dans l'observation de Leudet citée plus haut au sujet de la congestion du foie, que cette hypertrophie pouvait évoluer sans douleur. C'est à peine si les malades accusent une sensation de lourdeur plutôt que de douleur dans l'hypochondre gauche. Quelquefois cependant la douleur existe, soit spontanée, soit provoquée par la pression au-dessous du rebord costal. En tout cas elle est rarement très violente, elle est plutôt sourde.

Leudet signale deux cas dans lesquels on trouva des *infarctus* à l'autopsie. Aucun phénomène dou-

loureux n'avait attiré l'attention vers la rate durant l'existence.

Murchison signale les douleurs à l'hypochondre gauche dans les cas de « fièvre à rechute », mais il ajoute que la rate peut atteindre un volume considérable, sans qu'il soit nécessaire que la douleur existe.

Dans les cas de *rupture de la rate*, la douleur est beaucoup plus intense. Dans une observation de Vigal se rapportant à un cas semblable nous lisons ceci.

OBSERVATION XIV

Au quinzième jour d'une fièvre typhoïde ayant évolué normalement, il est survenu dans le côté gauche, une douleur très vive qui, dit le malade, l'empêche même de tousser.

Le seizième jour, ventre ballonné. La douleur de côté ne diminue pas d'intensité. Elle est circonscrite à l'hypochondre gauche ; le reste du ventre n'est pas sensiblement douloureux. Le malade est tellement faible qu'il a un commencement de syncope.

Le dix-septième jour, le malade se plaint toujours de sa douleur de côté. Toux fréquente.

Puis les symptômes s'aggravent. Ballonnement considérable du ventre. Prostration. Mort le vingt et unième jour.

Autopsie. — Péritoine contenant deux litres de sang noir.

La rate présente à peu près le double de son volume ordinaire. On voit sur sa face externe, à la partie moyenne, une déchirure de six à sept centimètres. L'écartement de celle-ci de près de trois centimètres, est rempli par du sang noirâtre coagulé. Le même côté externe offre aussi, à sa partie supérieure, une déchirure beaucoup plus petite de même forme et de même aspect.

Le tableau clinique n'est pas toujours celui-ci. Généralement l'ouverture d'une collection sanguine ou purulente, même l'inflammation du tissu superficiel de la rate détermineront une péritonite; des adhérences peuvent se former, et alors elle sera circonscrite; ou bien elle se généralisera à tout l'abdomen. Nous nous trouverons en présence d'un mode de péritonite, dite par propagation, dont nous avons déjà étudié le tableau clinique.

Enfin signalons, pour terminer, les cas où l'on a observé une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen sans que, soit à l'opération, soit à l'autopsie, on put déceler la cause de cette douleur.

Mac Crae, dans sa statistique, signale soixante-dix cas semblables. Dans quelques-uns les symptômes furent assez alarmants, pour nécessiter l'opération. « Chez un malade il y avait eu de la douleur avec début brusque, de la rigidité musculaire, de la sensibilité de la paroi, de la leucocytose, de la diminution de la matité du foie. A l'opération on ne trouva

rien. Dans un autre cas, le malade fut pris brusquement d'une douleur violente avec sensibilité de la paroi, la température tomba de 4° en huit heures ; l'état général était bon. Mais peut-on imaginer symptômes plus alarmants ? La marche de la maladie montra que la chute de la T. était due à une terminaison par crise et les autres symptômes disparurent sans que la cause en fut trouvée. Deux autres malades qui avaient présenté des symptômes analogues moururent ; à l'autopsie, on ne trouva aucune cause à la douleur, si ce n'est peut-être une augmentation des glandes mésentériques ».

M. Widal cite le cas d'un malade chez qui dans une rechute de fièvre typhoïde apparurent des douleurs violentes, au niveau de la vésicule biliaire, avec vomissements bilieux et tuméfaction à ce niveau. Pensant à une cholecystite, l'état du malade s'aggravant, M. Widal le fit opérer. La vésicule biliaire ainsi que les organes abdominaux étaient sains. Le malade mourut quelques jours après.



Conclusions

1° La douleur est un symptôme fréquent du début de la fièvre typhoïde. Elle siège surtout à ce moment à la fosse iliaque droite.

Elle peut être une cause d'erreur et souvent le diagnostic sera hésitant entre une appendicite, une entérite, une péritonite et même l'hystérie. On peut également observer au début une douleur épigastrique s'accompagnant de troubles gastriques.

2° On peut voir dans le cours de la maladie des douleurs plus ou moins vives apparaître sans qu'il y ait aucune complication. Dans ces cas un examen approfondi de tous les symptômes devra être fait de façon à éviter toute erreur.

3° Quelques-unes des complications, par exemple l'avortement, la cystite, les écarts de régime, etc... seront parfaitement reconnues.

4° Dans la plupart des autres cas, les symptômes seront ceux d'une péritonite, dont souvent le point de départ restera inconnu.

Vu : Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- MURCHISON. — Treatise on the continued fevers.
GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses.
JACCOURD. — Dictionnaire. Art. Fièvre typh.
G. DE MUSSY. — Cliniques med. t. III, 1884.
DICTIONNAIRE DECHAMBRE. — Article Fièvre typhoïde, Lemoine.
BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine, (Brouardel et Thoinot).
CHARCOT BOUCHARD. — Traité de médecine (Chantemesse).
NEW-YORK MÉDICAL JOURNAL 1901. — Mac Cétac.
MOIZARD. — Journal de méd. et de chirurgie pratique 1899.
MERKLEN ET JALAGUIER. — Traité de chirurgie, année 1899.
MAURANGÉ. — Gazette hebdomadaire, année 1899.
COULOMB. — Thèse Paris, 1900.
BAYET. — Thèse 1900. Appeni et fièvre typh. Et clinique et Diagn. diff. 1900.
PHILADELPHIE MÉDICAL JOURNAL 1900.
CHAUFFARD. — Thèse 1822.
PENOT. — Thèse Paris 1899.
MANGER. — Thèse 1900.
CHOLET. — Thèse 1901.

PHILADELPHIA MÉDICAL JOURNAL 1900.

LAPORTE. — Thèse Lyon 1899.

LEUDET. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

REMLINGER. — Med. Mod., mars 97.

PARMENTIER ET FOSSARD. — Soc. Méd. des Hôp. juin 1900.

MORRIS. — New-York Med. Journal 1900.

WIDAL. — Soc. Méd. des Hôp. 1900.

DIEULAFOY. — Acad. de méd., oct. 1896.

